Beitrag zur Kenntniss und Behandlung

der

Carcinome des Ovarium.

Inaugural-Dissertation

einer hohen medicinischen Facultät zu Bern

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Hermann Lerch, pract. Arzt

von Wiedlisbach.

Bern

Buchdruckerei W. Büchler

1888.

Beitrag zur Kenntniss und Behandlung

der

Carcinome des Ovarium.

Inaugural-Dissertation

einer hohen medicinischen Facultät zu Bern

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Hermann Lerch, pract. Arzt

von Wiedlisbach.

Bern

Buchdruckerei W. Büchler

1888.

Beitrag zur Kenntniss und Behandlung

der

Carcinome des Ovarium.

Seitdem die Ovariotomien in grossem Massstabe ausgeführt werden, mehren sich die Befunde maligner Ovarialtumoren. Diese, welche vor noch nicht langer Zeit als höchst selten vorkommend angenommen wurden, gelten jetzt als ziemlich häufig. Von den Carcinomen und Sarkomen wusste man allerdings schon, dass sie das grösste Contingent zu den soliden Ovarialtumoren stellen. Während aber Spencer Wells das Verhältniss derselben zu den Kystomen noch mit 1,5 % berechnete, hat schon Schröder in 16,6 % seiner Ovariotomien maligne Tumoren zu Tage gefördert; Leopold*) fand sogar 22,4 % aller Fälle.

Diese Procentberechnung aus neuerer Zeit genügt, die bedenkliche Häufigkeit maligner Gewächse darzulegen. Wir haben es fast ausschliesslich mit Carcinomen und Sarkomen zu thun. Während letztere in Bezug auf Häufigkeit bedeutend zurücktreten, machen erstere

*) Ueber Häufigkeit maligner Ovarialtumoren etc. Berlin und Leipzig 1887.

den grössten Theil der malignen Tumoren des Eierstockes aus. Obgleich nun schon in verschiedenen Arbeiten die Ovarialcarcinomen in der Litteratur besprochen wurden, so kann es doch von Nutzen sein, wenn die Casuistik durch immer grössere Erfahrungsreihen vermehrt wird.

Es sei mir deshalb gestattet, an der Hand einer grössern Anzahl von Fällen der gynækologischen Klinik in Bern, deren Veröffentlichung mir durch die Güte des Herrn Prof. Dr. P. Müller ermöglicht wurde, die hervorragendsten Symptome der Ovarialcarcinome und deren Behandlung einer nähern Betrachtung zu unterziehen.

Unter einer grossen Anzahl von Ovarialtumoren von malignem Character wurden 22 ausgewählt, die durch Verlauf oder Operation unstreitig als Carcinome sich darboten. Alle nur im Mindesten zweifelhaften Fälle wurden unberücksichtigt gelassen. Die Zahl unserer Fälle, die in relativ kurzer Zeit zur Beobachtung kamen, stimmt also ganz gut überein mit der allgemeinen Annahme, dass maligne Ovarialtumoren, namentlich Carcinome, nicht zu den Seltenheiten gehören.

Was den histologischen Charakter unserer Fälle anbelangt, stellten sie sich, soweit sie untersucht werden konnten, als einfache **Cylinderzellencarcinome** heraus, mit bald grösserer, bald geringerer Bindegewebsbetheiligung; am häufigsten fand sich das **Medullarcarcinom.** Alle gingen primär vom Ovarium aus, wie dies auch das Gewöhnliche ist.

In 14 unserer Fälle finden wir sie mit einer oder mehreren **Cysten** combinirt, die je nach ihrer Grösse den Umfang der Geschwulst bestimmten. Die cystischen

Antheile waren meist aus der Combination von Kystom mit Carcinom entstanden, weniger aus Erweichungen und Vereiterungen des Carcinomgewebes. Das Carcinom scheint also mit Vorliebe seinen Ausgangspunkt von schon cystisch entarteten Ovarien zu nehmen.

Gegenüber den Kystomen wird von den meisten Autoren das häufige **doppelseitige Vorkommen** der Carcinome betont; unter 63 Fällen fand Leopold 33 doppelseitige. Wie stellt sich nun bei uns das Verhältniss? Wir konnten unter unsern 22 Fällen sogar 14 doppelseitige nachweisen. Die Doppelseitigkeit muss also als sehr häufig vorkommend betrachtet werden; für die Diagnose eines Ovarialcarcinoms kann man sie ganz gut verwenden.

Was die Grösse der Tumoren anbetrifft, so bietet sie ein sehr verschiedenes Bild. Ueberwiegt vorzugsweise das Bindegewebe, so bleiben sie klein. Wir haben unter unsern Fällen solche von Nuss- und Ei- bis zu Kindskopfgrösse, 2 darunter sogar bis über zwei Mannskopfgrösse. Zur Illustration des Gesagten seien folgende Fälle im Auszuge angeführt:

I. Fall:

F-R, 48 J., Hausfrau. Patientin, seit dem 17. J. regelmässig menstruirt, hat nie geboren. Im Jahre 1875 verlor sie die menses. Anno 1874 bemerkt sie eine nussgrosse Geschwulst in der linken Unterbauchgegend oberhalb des lig. Poupart., die unter heftigen Schmerzen wuchs. Bald nachher trat auf der rechten Seite eine gleiche Geschwulst auf. Nach und nach schwoll der Unterleib zu der jetzigen Grösse an; dabei Gefühl von Spannung. Keine Urinbeschwerden, etwas Obstipation. Füsse und äussere Schamlippen angeschwollen. In letzter Zeit nahm die Geschwulst noch mehr zu. Eintritt in die Klinik 19. VIII. 1879.

Status. Patientin anæmisch, stark abgemagert. Unterleib sehr ausgedehnt. Es lässt sich ein Tumor bis über den Nabel ab-

grenzen. Nach rechts oben ein appendix desselben orangegross, fluctuirend. In Chloroformnarkose findet man, dass der Tumor aus 2 Abtheilungen besteht; die grössere reicht bis über den Nabel und lässt harte und weiche Stellen von unregelmässigem Gefüge unterscheiden. Bauchdecken œdematös. Durch das Scheidengewölbe fühlt man harte unregelmässige Resistenz. Diese Massen sind wenig verschieblich. Diagnose wird auf carcin. ovar. gestellt, Operation unmöglich. Morphium-Injectionen. Patientin verweigert die Nahrung und wird verwirrt. Am 13. September Exitus. Die Section ergab: Man findet im kleinen Becken einen zwei mannskopfgrossen Tumor mit knolliger weisser Oberfläche, der sämmtliche Baucheingeweide nach oben drängt. Darunter sind Blase und Mastdarm fest verwachsen. Der Tumor zeigt fluctuirende Stellen. In der Leber haselnussgrosse Knoten mit viel weissem Saft und verfettetem Centrum. Mesenterial- und Retroperitonealdrüsen carcinomatös entartet. Ferner findet man noch schlaffe Hepatisation im obern rechten Lungenlappen und beidseitige Hydronephrose; dazu Hyperæmie der grauen und weissen Hirnsubstanz. Der gefundene Tumor ist das carcinomatös entartete rechte Ovarium.

II. Fall:

W., Elisabeth, 30 Jahre, Hausfrau. Patientin mit 13 Jahren regelmässig menstruirt. 3 Mal normal geboren. 3 Monate nach der letzten Geburt (December 1879) spürte sie heftige Schmerzen im Unterleib; Abdomen wurde aufgetrieben. Beschwerden nahmen immer mehr zu; dazu Dyspnœ, heftiger Durst und Schweiss. Menses nach der letzten Geburt nicht wieder aufgetreten. Eintritt 27. April 1880.

Patient sehr abgemagert und cachectisch. Durch Ascites die Bauchdecken prall gespannt. Im Douglas' Raum ein derber haselnussgrosser höckriger Tumor, nach rechts und hinten eine apfelgrosse Geschwulst von ziemlich glatter Oberfläche und harter Consistenz, der Stelle des rechten Ovariums entsprechend. Die ganze Tumormasse unbeweglich, diffus mit der Umgebung verbunden; deshalb auf eine Operation Verzicht geleistet. Diagnose auf carcin. ovar. gestellt mit Rücksicht auf die rasche Entwicklung, harte Consistenz und Kachexie. Symptomatische Behandlung. Patientin fühlt sich subjectiv wohl und verlässt das Spital, um sich poliklinisch weiter zu behandeln am 28. Mai.

III. Fall:

N., Marie, 45 J., Hausfrau. Menstruation mit 15 Jahren

regelmässig. Keine Geburt. Seit 1879 leidet Patientin beständig an Schmerzen im Kreuz; dabei Stuhlverstopfung und Kopfschmerzen. Eintritt Juli 1884.

Ut. retrovertirt in der linken Beckenhälfte liegend. Rechts davon ein harter knolliger nach allen Richtungen hin beweglicher Tumor von Eigrösse, der sehr empfindlich ist. Das Ovarium ist rechts nicht zu erfühlen. Die Diagnose wird auf carcin. ov. gestellt. Patientin wird auf ihren Wunsch entlassen am 17. X. 1884. Ausgang unbekannt.

In der Mehrzahl der Fälle nähert sich der Tumor mehr der **Kugelgestalt**, seltener **derjenigen des Ovariums selbst.** Bei einzelnen waren die Grenzen ganz unbestimmt und diffus. Die Oberfläche ist gewöhnlich fein- oder grobhöckrig, je nach der Grösse der Tumoren. Doch fanden wir auch einige glatte, so dass höckrige Oberfläche nicht immer als charakteristisch für Carcinom gelten kann. Die **Consistenz** war entweder gleichmässig derb, oder festere und weichere Stellen wechselten miteinander ab; dies rührt von den cystischen oder erweichten Antheilen her. Findet sich derbe Resistenz und knolliger Bau zusammen vor, so spricht dies entschieden für Carcinom.

Wenn wir bei unsern Fällen nach der **Aetiologie** der Affection fragen, so finden wir auch nicht die geringsten Anhaltspunkte; es müsste denn die Thatsache von Werth sein, dass unter den 22 Patienten 18 verheirathet und nur 4 ledig waren. Schröder konnte ein solches Verhältniss auch in Bezug auf den Uteruskrebs constatiren, indem er unter 1000 an Uteruskrebs verstorbenen Frauen 229 ledige, 503 verheirathete und 268 verwittwete fand. Wenn auch die Zahl unserer Fälle zu gering ist, um für das Ovarium einen sichern Schluss zu ziehen, so ist das gefundene Verhältniss

immerhin merkwürdig genug. Allein so lange wir nicht genau wissen, wie sich das Verhältniss der verheiratheten zu den unverheiratheten Patientinnen in bestimmten Lebensaltern darstellt, so lange können solche Zahlen für die Aetiologie kein Verwendung finden. Es kann immerhin sein, dass die Vorgänge bei Geburt und Wochenbett und ihre Folgen prädisponirend für Entstehung maligner Wucherungen sind.

Einen entschiedenen Einfluss hat jedoch das Alter der Patientinnen. Bei den unsrigen fanden wir folgendes Verhältniss:

Zwischen	36—38	Jahren	3	Patientinnen
„	42—50	„	10	„
„	53—57	„	6	„
Im	61sten	Jahre	2	„
„	70 „	„	1	„

Wir sehen also, dass gerade in den spätern Jahren, während oder kurz nach der Menopause die meisten Carcinomfälle vorkommen, gerade wie es beim Uteruskrebs auch der Fall ist. Um so merkwürdiger ist die Angabe der meisten Autoren, dass zur Zeit der erhöhten Geschlechtsthätigkeit die meisten Fälle sich finden. Leopold*) sah zwischen dem 20. und 30. Jahre die meisten Carcinome auftreten; auch Winkel**) nimmt das Alter der Pubertät und die erste Zeit darnach als disponirend an; Olshausen***) findet folgende Zahlen:

Unter	20	Jahren	10 Fälle
Zwischen	20—29	Jahren	17 „

*) Archiv für Gynækologie. 1882.
**) Lehrbuch für Frauenkrankheiten. 1887.
***) Krankheiten der Ovarien. 1887.

Zwischen	30—39	Jahren	8 Fälle
„	40—49	„	15 „
„	50 u. mehr	„	17 „

Auch er hält die Zeit der Pubertät für disponirend; nach ihm soll es häufig in sehr jugendlichem Alter, ja im Kindesalter vorkommen. Nur Schröder*) allein nimmt die Affection vom Lebensalter unabhängig an. Immerhin ist durch unsern Befund bewiesen, dass ebenso gut wie die Zeit der Pubertät auch diejenige der Menopause für Carcinombildung disponirend sei, ja im Gegentheil noch mehr.

Wenn wir nun den **Beginn** einer solchen Affection ins Auge fassen, so müssen wir ihn als schleichend darstellen, wie es sich aus der Mehrzahl unserer Fälle ergiebt. Fast constant klagen die Frauen zuerst über Schmerzen im Unterleib und Kreuz, die oft bis in die untern Extremitäten ausstrahlen. Dazu tritt eine Grössenzunahme des Unterleibs mit starkem Spannungsgefühl meist in der Nabelgegend. Hat dann der Tumor eine gewisse Grösse erreicht, so wird das Wachsthum gewöhnlich rapide. Folgende Fälle seien zur Erhärtung des Gesagten angeführt:

IV. Fall:

J., Elise, 61 Jahre, Wärterin. Mit 15 Jahren zum ersten Male regelm. menstruirt, mit 50 J. menopause. Patientin hat nie geboren. Fluor albus seit der menopause. Im Mai 1884 bemerkt Patientin, dass ihr Abdomen grösser und gespannt wurde; dabei magerte sie in auffallender Weise ab. Hierzu traten heftige Schmerzen im Unterleib und Verstopfung. Die Schmerzen nahmen in der letzten Zeit noch mehr zu; sie hatten einen drückenden Charakter und waren besonders unterhalb des Nabels localisirt. Eintritt Juni 1884.

---

*) Archiv für Gynækologie VI.

Patientin zeigt starke Auftreibung des Abdomens; es wird ein knolliger Tumor nachgewiesen, der ins kleine Becken herunter neigt. Innere Untersuchung ergibt eigrosse Knoten im hintern Scheidengewölbe. Nach links hin erstreckt sich der eigentliche Tumor. Es lassen sich 2 Tumoren nachweisen, die mit einem Strange verbunden sind. Diagnose wird auf Carcin. ovar. gestellt und Operation als unausführbar gehalten. Symptom. Behandlung. Am 13. Juni 1884 entlassen nach ihrem Wunsch.

V. Fall:

W., Anna, 57 Jahre, Wittwe. Vom 17. Jahre an regelmässig menstruirt bis zum 54. Jahre. 5mal normal geboren. Bis Ende 1875 war Patientin ganz gesund; seit dieser Zeit verlor sie fast alle Tage Blut, manchmal sehr stark; gleichzeitig dabei dumpfe Schmerzen im Unterleib und Kreuz; beständig das Gefühl von Schwere im Unterleib. Dieser nahm immer mehr an Grösse zu, dabei übelriechender Ausfluss aus der vagina. Eintritt 20. VII. 1877.

Patientin ist abgemagert und sehr anæmisch. Bei der Palpation stösst man auf einen harten Tumor, der von der Symphyse sich herauf erstreckt, mehr die linke Bauchseite einnehmend. Der Tumor ist hart, höckrig, mit weichen Stellen. Bei der innern Untersuchung stösst man an der vordern Vaginalwand auf einen harten, haselnussgrossen Knoten. Bei der bimanuellen Untersuchung erscheint der Uterus in die Tumormasse eingebettet. Starkes Erbrechen, Schmerzhaftigkeit des Bauches; derselbe aufgetrieben. Am 6. September Exitus.

Die Section ergab: In der Abdominalhöhle eitriges Exsudat. Links ein kindskopfgrosser Tumor mit höckriger Oberfläche, vom linken Ovarium ausgehend, mit cystischen Räumen, carcinomatös degenerirt; ebenso der Uterus. Auch das rechte Ovarium. In der Vagina ein nussgrosser Carcinomknoten. Retroperitonealdrüsen carcinomatös infiltrirt. Uebrige Organe gesund. Anatom. Diagnose: Peritonitis, Carcin. vaginæ, uteri et ovariorum.

Beim Eintritt in die Klinik datirten die Patienten den Anfang ihres Leidens wie folgt znrück:

7	Patientinnen	auf	1—6	Monate
6	„	„	7—12	„
5	„	„	1—2	Jahre
2	„	„	5	„

bei 2 war die Dauer aus der Anamnese nicht erhältlich.

Wir sehen, dass das Wachsthum und Fortschreiten der Geschwulst ganz grundverschieden sein kann. Erst in den letzten Stadien kann man aus dem rapiden Wachsthume einen sichern Schluss auf die Malignität der Affection ziehen. Zwar kann bei Fällen mit jahrelanger Dauer zuerst ein harmloseres Leiden bestanden haben, worauf erst die maligne Wucherung Boden fasste. Dafür würde auch sprechen, dass so viele Fälle mit Kystoid vorkommen, welch' letzteres wahrscheinlich das primäre Leiden darstellt, worauf erst secundär das Carcinom hinzugetreten ist, wie mehrere sicher konstatirte Fälle der hiesigen Klinik beweisen. Selten tritt die Affection acut unter entzündlichen Erscheinungen auf; doch haben wir auch 2 Fälle aufzuweisen, wo dieselbe unter grossen Schmerzen und hohen Fiebersteigerungen begann, so dass man Exsudat annahm, während sich später dasselbe als Carcinom der Ovarien herausstellte; in einem Falle allerdings stark vereitert. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass ein rasch entstandenes und entwickeltes Carcinom zur Entzündung des Peritoneums Veranlassung geben kann. Folgende 2 Fälle nahmen einen acuten Anfang:

VI. Fall:

W., Rosine, 57 Jahre, Hausfrau. Mit 16 Jahren regelmässig menstruirt, Patientin hat verschiedene Male an Unterleibsentzündung gelitten. Im 40. Jahre sistirten die Menses ohne Beschwerden. Im Jahre 1876 erkrankte Patientin plötzlich mit unwillkürlichem Harnabgang und Wasserbrennen; zugleich mit Stuhlverstopfung, dabei hatte sie Fieber, das eine bedeutende Höhe erreicht haben soll. Eintritt 6. Juli 1876.

Das Abdomen ist stark prominirend, stärkere Resistenzen durchzupalpiren. Durch das hintere Scheidengewölbe lässt sich ein Tumor constatiren, der in Chloroformnarkose sich bis zum Nabel verfolgen lässt, mehr die linke Seite ausfüllend. Auch ein 2. Tumor

rechts, der über den Nabel reicht und mit dem andern zusammenhängt.

Es wird vom Rectum aus punktirt, wodurch man eine röthliche Flüssigkeit erhält. Befinden ordentlich, doch immer noch abendliche Temperatursteigerungen. Patientin sehr schwach, lässt Stuhl und Urin unter sich gehen. Kein Fieber mehr, am 22. Okt. Exitus.

Section ergab: beim Auseinanderziehen der verwachsenen Dünndarmschlingen öffnet sich nach dem kleinen Becken hin eine Eiterhöhle mit häutigen Wandungen, die mit vereitertem Carcinomgewebe bedeckt sind. Eiterhöhle communicirt auch mit dem Rectum. Leber mit Carcinomknoten durchsetzt. Diagnose: Carc. ovar. et hepatis., Peritonitis.

VII. Fall:

B., Marie, 44 Jahre, Hausfrau. Menses immer regelmässig, 6 Mal geboren. Das jetzige Leiden nahm einen acuten Anfang, indem die letzte Menstruation eine Woche zu früh auftrat (Ende Oktober 1876) mit starken ausstrahlenden Schmerzen, dabei Urinbeschwerden, die sich bis zu vollständiger Retention steigerten. Die Schmerzen nahmen immer mehr zu. Eintritt 2. Nov. 1876.

Durch Palpation im Abdomen nichts nachzuweisen; Muttermund klaffend, aus demselben geht dunkles Blut ab. Hinter dem fundus uteri eigrosser, abgrenzbarer, weicher Tumor, höckrig und schmerzhaft; er vergrössert sich immer mehr und wird härter. Er wird als Extravasat gehalten und danach die Therapie eingeleitet. Es tritt Temperatursteigerung bis auf 40° ein. Probepunktion ergab nur flüssiges Blut. Die Diagnose wird jetzt auf carc. ovar. gestellt, das die Entstehung des Extravasates bewirkt habe. Spannung im Bauche bedeutend zugenommen. Starkes Erbrechen, Collaps, am 3. Februar 1877 exitus.

Section: bei Eröffnung der Bauchhöhle tritt eine gelbhöckrige Masse zu Tage, mit dem peritoneum verklebt. Mesenterial- und retroperiton. Drüsen carcinomatös entartet. Hydronephrose. Anatom. Diagnose: peritonitis und carc. ovariorum.

Ein eigentümliches Verhalten zeigte fast regelmässig die **Menstruation** bei Beginn der Affection: in 7 unserer Fälle war sie insofern verändert, als sie stärker oder schwächer wurde oder der Blutfluss in

den Zwischenpausen fortdauerte oder das Blut Veränderungen in Farbe und Geruch zeigte; bei 5 Fällen blieben die menses bei Entwicklung des Tumors ganz aus, nur bei 4 dauerten sie unverändert fort; bei 2 war aus der Anamnese das Verhalten nicht ersichtlich. Bei 4 Fällen entwickelte sich der Tumor geraume Zeit nach der Menopause. Dieses Verhalten der Menstruation bei Beginn der Affection ist sehr charakteristisch und unstreitig für die Diagnose eines Ovarialcarcinoms von hohem Werthe, namentlich wenn die Veränderungen bei noch kleinem Tumor auftreten.

Es ist von grosser Bedeutung auch dann, wenn **Störungen des Stuhlgangs und der Exurese** hinzutreten, wie bei unsern Fällen in Form von Wasserbrennen, retentio urinæ und Obstipation, seltener Incontinenz. Die **Palpation** der Geschwulstmassen ist gewöhnlich schmerzhaft; dies rührt weniger von der begleitenden partiellen Peritonitis her, als von der Empfindlichkeit der Geschwulst selbst. Allerdings haben wir unter unsern Fällen eine Reihe von Peritonitiden, die gewöhnlich zum letalem Ende führten. Diese sind es auch, welche die mehr oder weniger ausgedehnten **Verwachsungen** der Tumorenmasse mit der Umgebung bedingen und dadurch auch oft frühzeitig die Beweglichkeit in hohem Grade beschränken. Folgender Fall möge als Beispiel dienen:

VIII. Fall:

R-S, 44 Jahre, Hausfrau. Mit 16 Jahren regelmässig menstruirt, 3 Mal normal geboren. Seit Januar 1874 Schmerzen in der linken Leiste, dabei Ausdehnung des Leibes; menses stärker, auch in der Zwischenzeit Blutabgang. Eintritt September 1874.

Patientin sehr abgemagert; Leib sehr ausgedehnt. Tumor in keiner Weise beweglich, überall Gleichmässigkeit, nur einzelne fluctuirende Stellen. Kleines Becken ganz vom Tumor ausgefüllt.

Ausdehnung des Leibes nimmt zu; äussere Genitalien geschwollen. Punktion der cystischen Partien. Grosse Erleichterung. Dann Erstickungsanfälle. Partielle Peritonitis über dem linksseitigen Tumors, Diffuse Peritonitis. Collaps. 8. Dezember exitus.

Section ergibt Peritonitis, carcinoma ovariorum et uteri.

In weitern 16 Fällen war durch Adhäsionen die Verschieblichkeit der Tumoren ebenfalls mehr oder weniger beschränkt. Dies wirkt sehr störend bei der Operation, da die Lösung oft mit unübersteiglichen Hindernissen zu kämpfen hat und da es unmöglich wird, in vollkommen normalem Gewebe zu operiren. Je weniger die Geschwulst fortgeschritten ist, um so geringer sind die Adhäsionen, um so leichter die Operation. Der Zeitpunkt dafür wäre also der beste bei Beginn der Affection; in dieser Zeit hat es aber manchmal Schwierigkeiten, den Tumor als malignen zu erkennen.

Ein wichtiges Symptom ist die Entwicklung von **Ascites**, der bei der äussern Untersuchung leicht durch die Dämpfung und den Schallwechsel bei Lageveränderung nachzuweisen ist. In 15 unserer Fälle war Ascites im geringern oder höhern Grade vorhanden; in einzelnen bis auf 20 Liter und mehr. In folgenden 3 war hochgradiger Ascites vorhanden:

IX. Fall:

H., Louise, 42 Jahre, Opernsängerin. Seit dem 14. Jahre regelmässig menstruirt, 3 Mal geboren. Im Jahre 1870 Verlust von dunkelbraunem Blute; dabei Unterleibschmerzen, Unterleib begann zuzunehmen mit Spannungsgefühl. Abnahme der Kräfte. Im Jahre 1872 2 Mal punktirt, ergab dunkelbraune Flüssigkeit. Eintritt November 1872.

Abdomen stark vorgewölbt; es lässt sich ein medianer Tumor abgrenzen, der bis zum Nabel hinauf reicht. In der rechten Inguinalgegend festere Partien. Uterus nach oben gedrängt durch feste unbewegliche Tumoren mit unebener Oberfläche, die nach oben in cystische Antheile übergehen. Patientin wurde während mehr als

einem Jahre verschiedene Male punktirt und grosse Mengen gelber ascitischer Flüssigkeit entleert. Nach jeder Punktion Erleichterung; aber bald nachher wieder Erstickungsanfälle. Am 6. November 1874 Exitus.

Section ergab ein Carcinoma ovarii.

X. Fall:

M., Rosina, 70 Jahre, Magd. Mit 16 Jahren menstruirt, nie geboren. Seit März 1878 leidet Patientin an hartnäckiger Stuhlverstopfung und Retentio urinæ. Eintritt 26. November 1878.

Palpation ergibt im Abdomen nach links oberhalb des lig. poup. einen länglicher fluctuirenden Tumor von Kindskopfgrösse. Rechts einzelne derbe bewegliche Knoten. Hinter der Vaginalportion fühlt man eine pralle Geschwulst, die mit der aussen gefühlten zusammenhängt. Tumor wenig beweglich. Patientin sehr heruntergekommen. Allgemeiner Hydrops. Dyspnœ, Lungenœdem. Am 29. April 1879 Exitus.

Section: im Abdomen viel klare Flüssigkeit. In Leber und Milz Carcinomknoten. Retroperitonealdrüsen krebsig infiltrirt; ebenso Vaginalwand. Diagnose: Carc. ov. et hepat.

XI. Fall:

V., Marie, 50 Jahre, Hausfrau. Mit 16 Jahren regelmässig menstruirt, 7 Mal normal geboren. Menopause im Jahre 1878. Seit Januar 1880 fühlt Patientin das Abdomen grösser werden, Stuhl retardirt. Gefühl von Schwere im Abdomen. Eintritt 22. März 1881.

Im hintern Scheidengewölbe kindskopfgrosser rundlicher harter Tumor von glatter Oberfläche. Uteruskörper nicht durchzufühlen. Starker Ascites. Punktion ergibt dünne gelbe Flüssigkeit. Oedem der Schenkel, starke Schmerzen. Schwäche nimmt immer mehr zu. Die Diagnose wird auf Carcin. der Ovarien und der übrigen Beckenorgane gestellt. Am 1. Mai 1881 auf ihren Wunsch entlassen.

Olshausen findet ebenfalls in den meisten Fällen Ascites. Derselbe wird gewöhnlich als Stauungserscheinung aufgefasst. Von hohem diagnostischen Werthe ist es dann, wenn er bei noch kleinem gut abgrenzbarem Tumor auftritt.

Werthvoll ist auch das frühzeitige Auftreten von

Oedem der untern Extremitäten und äussern Schamlippen, wie wir es in 7 unserer Fälle gefunden haben; in 3 Fällen war **Oedem der Bauchdecken** vorhanden und in einem **allgemeiner Hydrops.** Als Beleg führen wir folgenden Fall an:

XII. Fall:

G, Julie, 61 Jahre, Hausfrau. Trat im August 1887 in die Klinik. In Narkose fand man knollige unregelmässige Gebilde von mittlerer Consistenz im hintern Scheidengewölbe. Dieselben können nur wenig in die Höhe gedrängt werden. Uterus unabhängig von den Tumoren. In der Wand des rechten Scheidengewölbes ein bohnengrosser Knoten, grosses Oedem der Oberschenkel und Beine. Tumor endigt mit unregelmässigen Contouren. Es wird ein Carc. ovar. diagnosticirt und wegen der Infiltrationen und Adhæsionen die Operation verweigert. Entlassung am 22. August.

Das Oedem erklärt Olshausen aus der Compression der Venen durch die infiltrirten Lumbaldrüsen. Wenn Ascites und Oedem vorhanden sind, so ist der Zustand der Patienten schon bedenklich; die körperlichen Kräfte schwinden, der Widerstand gegen die Folgen der fortwuchernden Geschwulst ist gebrochen. Septische Prozesse treten trotz aller Vorsicht viel häufiger auf, oder bedingen doch, auch geringgradig ausgesprochen, leicht den lethalen Ausgang. In wenigen unserer Fälle war allerdings noch ein subjectives Wohlbefinden längere Zeit hindurch zu constatiren.

Eine prognosis pessima bietet das Leiden erst dann, wenn **Metastasen** nachzuweisen sind; dann ist auch jede Operation überflüssig. Gerade das Ovarialcarcinom zeichnet sich durch häufige Metastasen aus. Gewöhnlich werden zuerst die umliegenden Drüsen — retroperitoneale und mesenteriale — ergriffen; aber auch

Uterus, vagina, Leber, etc., werden inficirt. Wir haben folgende Metastasen gefunden:

5 in der Leber;
5 in mesenterial und retroperitoneal Drüsen;
5 in peritoneum;
2 in Beckenserosa und Eingeweide;
1 in bronchial-, supraclavicular-, infraclavicular-, axillar-Drüsen, pleura, Milzhilus, Harnblase, Diaphragma.

Einige davon konnten schon während des Lebens diagnosticirt werden, während die Mehrzahl erst durch die Section nachgewiesen wurde. Folgender Fall ist merkwürdig durch die kolossale Ausbreitung der Metastasen, von denen einzelne schon während des Lebens erkannt wurden.

XIII. Fall:

H. Mina, 46 Jahre, Nähterin. Seit dem 14. Jahre regelmässig menstruirt, 1 Mal geboren. Seit Februar 1887 leidet Patientin an Schmerzen im Unterleib, dazu Auftreibung desselben. Eintritt am 23. September 1887.

Oberhalb der Symphyse ein derber, unregelmässiger knolliger Tumor, der bis zum Nabel reicht. Rechts daneben eine eigrosse unbewegliche Geschwulst. Links der Wirbelsäule entlang in's Epigastrium knollige Massen, die fest aufsitzen. Supra- und infraclavicular Drüsen knollig aufgetrieben, ebenso die Achseldrüsen. Beine stark angeschwollen. Diagnose auf Carcin. ovar. gestellt.

Am 5. November entlassen, aber poliklinisch weiter behandelt mit Morphium-Injectionen wegen der fürchterlichen Schmerzen. Am 17. Januar 1888 exitus zu Hause.

Sectionsbefund: ausserordentlich stark abgemagerte Leiche mit hochgradigem Oedem der Beine. Aus der Peritonealhöhle fliesst beim Anschneiden rothe trübe Flüssigkeit. Das grosse Netz in einem dicken mit runden Tumoren durchsetzten Strang verwandelt, der an einem im kleinen Becken befindlichen Tumor adhärirt. Retroperitoneal ziehen zu beiden Seiten der Wirbelsäule bis zum Diaphragma hinauf dicke Tumorenmassen. Untere Fläche des Zwerchfells fühlt sich uneben und höckrig an, von massenhaften Krebsknoten herrührend.

Das kleine Becken ist durch einen Tumor ausgefüllt, der seitlich fest mit der Beckenwand verwachsen ist. Derselbe besteht aus 2 Theilen, die rechts und links vom Uterus liegen; der rechtseitige ist faustgross, der linkseitige noch grösser; beide sind grobhöckrig.

Die Innenfläche der Tuben mit kleinen und grossen Tumorenmassen besetzt, die ein blumenkohlartiges Aussehen haben. Der grosse Tumor zeigt auf der Schnittfläche zahlreiche trübe grauweisse Felder von weicher Consistenz, die sich durch ein transparentes graurothes Gewebe miteinander verbinden. Ovarien sind nicht zu bemerken. In den retroperitonealen Geschwulstmassen sind die Gefässe eingeschlossen. Beide venæ crurales thrombosirt. An Metastasen wurden noch gefunden: krebsige Einsprengungen der linken Bronchialdrüsen, in der l. pleura erbsengrosse Krebsknoten, ebenfalls am hilus der Milz zahlreiche Knoten von gleichem Charakter. Porta hepatis mit dicken Geschwulstmassen umgeben; mit der Glisson'schen Scheide dringen Stränge krebsigen Gewebes weit in die Leber hinein. Auf der Innenfläche der Harnblase und um den Blasenhals prominirende Gruppen von kleinen Krebsknoten, die von Schleimhaut überzogen sind. In der fossa supra- und infra-clavicularis sin. findet man grosse krebsige Drüsenpakete.

Ausser der Erweiterung der Nierenkelche und Becken zeigen die übrigen Organe nichts pathologisches.

Aus diesem Falle sehen wir, wie weit die Metastasenbildung bei primärem Ovarialcarcinom gehen kann. Am häufigsten wird neben den umliegenden Drüsen und serösen Häuten die Leber von Carcinomknoten durchsetzt, wie es aus unsern Fällen hervorgeht. Es muss dieselbe als ein Lieblingsort für secundäre Krebsknoten bei primär ergriffenem Ovarium betrachtet werden. Verschiedene Beobachter fanden ferner secundäre Knoten auch in Niere, colon. descendens, Magen und mamma. Diese secundäre Erkrankung bildet einen wichtigen Anhaltspunkt für die Diagnose eines Carcinoms; mit untrüglicher Sicherheit ist das Vorhandensein eines

Krebses bewiesen. Es kommen aber nicht bei allen Ovarialcarcinomen Metastasen vor; bei 6 unserer Fälle konnte man absolut keine solchen nachweisen, auch nicht durch die Section.

Was den **Verlauf** einer solchen Krankheit des Ovariums betrifft, so ist derselbe sehr verschieden. Wir haben Fälle, bei denen die Affection nach 2—3 Monate zum lethalen Ende führte, wieder andere, wo nach Jahren sich die Patientinnen eines subjectiven Wohlseins erfreuten. Eingetretener Ascites und Metastasen führen eben rascher zum Tode, während uncomplicirte Fälle länger widerstandsfähig sind. Bei unsern 14 unoperirten Fällen dauerte die Affection vom Spitaleintritt an bis zum lethalen Ende bei 6: 1—3 Monate, bei 2: 5 Monate, bei einem andern 2 Jahre; bei 5 Patienten ist wegen Austrittes der Ausgang unbekannt. Wie rasch die Krankheit zum Ende führen kann, zeigt folgender Fall:

XIV. Fall:

K. Rosina, 50 Jahre, Hausfrau.

Seit dem 14. Jahre regelmässig menstruirt, steril verheirathet. Seit 1886 Menses lang hingezogen; in der Zwischenzeit geht schwärzliche Flüssigkeit ab. Nach Neujahr 1887 bemerkt Patientin zunehmende Auftreibung des Bauches. Arbeitsunfähigkeit. Eintritt 23. April 1887.

Becken ist ausgefüllt mit einem festen Tumor, rechts dicht hinter der Symphyse zweiter Tumor, der sich neben dem ersten verschieben lässt. Diagnose auf Ovarialcarcinom gestellt.

Am 30. April plötzlicher Exitus. Section ergab Carcinom des corp. ut. und cervic, ovariorum, peritonei und hepatis. Hæmorrhag. Infarct der Lungen.

Auch Olshausen findet ein ähnliches Verhältniss bei der Entwicklung seiner Fälle.

Der schliessliche **Ausgang** der Affection — wir

haben die unoperabeln Fälle im Auge — ist ein äusserst trauriger; Abmagerung und Kachexie nehmen zu, schliesslich exitus an Erschöpfung; oder es stellt sich eine starke Dyspnœ oder unstillbares Erbrechen ein, das den Tod nach sich zieht; oder endlich tritt eine diffuse Peritonitis mit tödtlichem Ausgang ein. In unsern nicht operirten Fällen starben 4 an diffuser Peritonitis, 1 an Kachexie, 1 unter dyspnoischen Erscheinungen, 1 an Hydronephrose, 1 an Lungenœdem und 1 an hæmorrhag. Lungeninfarct. Metastasen führen selten zum Tode, da gewöhnlich die Patienten sterben, bevor dieselben durch Druck Gefahr bringen können. Olshausen sah auch Patienten an Pleuritis und Embolie der Lungenarterien zu Grunde gehen.

Was die **Diagnose** eines Ovarialcarcinomes betrifft, so haben wir oben schon mehrere charakteristische Symptome hervorgehoben. Die Malignität gibt sich gewöhnlich kund durch die Zeit der Menopause, Doppelseitigkeit, harte knotige Beschaffenheit, frühzeitige Bildung von starken Adhæsionen, schnelles Wachstum, Abmagerung und Kachexie, inficirte Drüsen, frühes Verschwinden der Menses, frühes Schenkelœdem und Auftreten von Ascites bei noch kleinen Tumoren. Sind die meisten der angeführten Symptome vorhanden, so ist mit grosser Sicherheit ein maligner Tumor zu diagnosticiren.

Schwieriger ist es, die **Differentialdiagnose zwischen Ovarialcarcinom- und -Sarkom** zu stellen, den beiden hauptsächlichsten malignen Tumoren des Ovariums. Zwar kommen die Carcinome bedeutend häufiger vor; auf der gynækologischen Klinik in Bern kamen auf 22 Carcinome nur 3 sichere Sarkome. Ferner sollen

sich die letztern durch glatte Oberfläche auszeichnen, durch rascheres Wachstum, grössere Beweglichkeit; auch sollen sie mehr in jüngern Jahren zu finden sein und keine grosse Neignng zu Metastasen zeigen. Bei unsern Sarkomfällen finden wir diese Eigenschaften nur zum geringern Theil ausgesprochen. Trotz aller dieser Anhaltspunkte ist es oft ganz unmöglich, eine Differentialdiagnose zu stellen.

Fragen wir uns nun nach der **Prognose** des Ovarialcarcinoms, so müssen wir nach all' dem Gesagten dieselbe als absolut schlecht bezeichnen, namentlich wenn Ascites und Metastasen den Fall compliciren.

Es war daher gerechtfertigt, dass man mit aller Kraft versucht hat, dem Fortschreiten des Tumors durch **operative Eingriffe** ein Hinderniss entgegenzusetzen. Seitdem die Ovariotomie in so glänzender Weise durchgedrungen ist, wird sie in neuerer Zeit vielfach auch bei malignen Ovarialtumoren angewandt. So segensreich sie aber auch bei gutartigen Tumoren wirkt, so wenig gute Resultate hat sie bis jetzt bei den bösartigen aufzuweisen. Von den 22 Fällen — um mit unsern Erfahrungen zu beginnen — wurde in 8 operativ eingegriffen; darunter sind 5 vollendete Ovariotomien, und zwar 4 bei einseitigem und 1 bei doppelseitigem Carcinom. Davon trat bei einer Patientin 2 Tage post operat. der exitus ein, bei einer zweiten 10 Monate p. o.; die dritte starb einige Monate später in einem Spital; eine musste mit deutlich palpabeln Recidiven nach Hause entlassen werden, Ausgang unbekannt; nur eine wurde ohne Recidive als geheilt nach Hause entlassen. Wir bringen diese Fälle der Reihe nach hier in kurzem Auszuge;

zuerst einen Fall von malignem Papillom beider Ovarien mit entschieden carcinomatösem Charakter:

XV. Fall:

R. Elise, 38 Jahre, Hausfrau.

Menstruation seit Neujahr 1876 ausgeblieben. Ende Januar 1876 bemerkt Patientin eine runde faustgrosse Geschwulst in der rechten Unterleibgegend, die rasch wuchs. Es wurden verschiedene Punktionen gemacht, die eine dünne hellgelbe Flüssigkeit ergaben. Patientin ist sehr abgemagert und bleich; im hintern Scheidengewölbe mehrere kleine empfindliche Knoten, die gegen einander verschieblich sind. Von aussen eine grosse Tumorenmasse zu palpiren. Wegen starker Dyspnœ wurden noch zahlreiche Punktionen gemacht.

Ovariotomie am 3. März 77. Bei der Incision ergoss sich eine Menge Flüssigkeit aus der freien Bauchhöhle. Im kleinen Becken fand man eine kindskopfgrosse Cyste; Oberfläehe derselben mit bröckligen Massen bedeckt. Der Stiel der Cyste wird durchschnitten und versenkt; hierauf soviel von den Geschwulstmassen entfernt als möglich. Die Operation dauerte eine Stunde. Nachher leichter Collaps, Bauchschmerzen, am 5. März exitus.

Sectionsbefund: in der Bauchhöhle blutig gefärbte stinkende Flüssigkeit. Peritoneum trüb, injicirt. Kleines Becken und Eingeweide überzogen von kleinen höckrigen Massen. Dieselben entsprechen dem rechten Ovarium. Die Neubildung ist papillomatöser Natur und geht von beiden Ovarien aus.

XVI. Fall:

D. Louise, 44 Jahre, Erzieherin.

Mit 16 Jahren menstruirt. Seit Sommer 82 bemerkt Patientin, dass der Unterleib grösser wurde, dabei grosse Schmerzen, starke Abmagerung. Seit letzter Zeit soll der Unterleib an Grösse rasch zugenommen haben. Eintritt 9. Oktober 1882.

Links findet man einen kindskopfgrossen Tumor von mittlerer Consistenz rund und beweglich; in der rechten Seite ein faustgrosser von gleicher Beschaffenheit.

Ovariotomie am 20. October 1882.

Entfernung beider Ovarien. Bei der Incision in der linea alba ergiesst sich viel grünliche Flüssigkeit aus dem Abdomen.

Mit der Hand fühlt man zwei Tumoren, die nach unten in einen dünnen platten Stiel übergehen; der l. Tumor mit der vordern Bauchwand handtellergross verwachsen. Tumor rechts ist frei von Adhäsionen, geht hinauf bis unter das Zwerchfell. Der linke wird zuerst herausgenommen, Stiel doppelt abgebunden und durchgetrennt. Der rechte Tumor wird punktirt und dann ebenfalls abgetragen.

Wunde gut vereinigt; am 23. November 1882 Patientin entlassen. Am 12. October 83 ist sie zu Hause gestorben.

Die mikroscopische Untersuchung der Tumoren ergab zahlreiche Zellstränge aus einfachem Cylinderephithel. Diagnose auf carcinoma ovarii gestellt.

XVII. Fall:

G. Pauline, Nähterin, 53 Jahre.

Seit August 83 Menses ausgeblieben mit Magenkrämpfen und Unterleibschmerzen. Im November 83 wurde der Leib grösser, Extremitäten œdematös. Eintritt August 84. Unterleib stark ausgedehnt, dem Ende der Schwangerschaft entsprechend. Palpation ergibt einen derben höckrigen Tumor, der trotz Mannskopfgrösse ziemlich beweglich ist; derselbe füllt das kleine Becken ganz aus.

Rechtseitige Ovariotomie: Bei Eröffnung des Abdomens fliesst viel gelbe Ascites-Flüssigkeit ab. Tumor mit dem carcinomatös entarteten Netz verwachsen, dasselbe wird unterbunden und abgetragen; der Tumor nach Stieltrennung herausgewälzt; er ging vom rechten Ovarium aus. Linkes Ovarium auch faustgross entartet, wurde aber nicht entfernt, da überhaupt nicht alles entfernt werden konnte; im kleinen Becken noch viele Carcinomknoten. Bauchwunde vereinigt. Nachbehandlung mit Diät und Morphium. Unterleib wird wieder grösser, trotzdem wird sie auf ihren Wunsch am 9. September 84 entlassen.

Die mikroscopische Untersuchung weist deutlich den Krebscharakter des Tumors nach.

XVIII. Fall:

M. Rosina, 55 Jahre, Hausfrau.

Seit 1878 Menses allmälig verschwunden. Im Februar 1885 bemerkt Patientin Füllung und Spannung im Unterleib, mit Schmerzen und Abmagerung. Eintritt 27. April 1885.

Von aussen fühlt man einen weichen fluctuirenden Tumor, über dem lig. poup. härtere Massen, die wenig beweglich sind. Durch das hohe Scheidengewölbe ebenfalls knollige Massen nachzuweisen.

Am 30. April Ovariotomie: Nach Eröffnung des Abdomens wurde die vordere Wand der Geschwulst freigelegt; durch den Troicart eine braune Flüssigkeit entleert. Die Cyste riss ein; durch den Riss entleerte sich ein alveoläres Gewebe von markiger Consistenz. Cystenwand hat Adhäsion mit Bauchwand und processus vermif.; die zwei ersten konnten stumpf gelöst werden; diejenige mit dem proc. vermif. musste unterbunden und abgetragen werden. Die Geschwulst wird rasch aus der Bauchhöhle gehoben, Bauchdecken zugenäht und Compressionsverband.

Wunde gut geschlossen. Allgemeinbefinden gut. Am 25. Mai wird Patientin als geheilt entlassen.

XIX. Fall:

S. Elisabeth, 47 Jahre, Fabrikarbeiterin.

Patientin gesund bis August 1885; dann Auftreibung des Abdomens namentlich links; seit November rascheres Wachsen unter stechenden Schmerzen. Eintritt 30. März 1886.

Durch die Bauchdecken ist ein höchst unregelmässiger Tumor zu palpiren; derselbe kann hin und hergeschoben werden.

Am 1. April 1886 Ovariotomie. Entleerung einer grossen Menge Ascitesflüssigkeit. Die cystischen Antheile des Tumors werden punktirt; der Tumor dann herausgezogen; der kurze Stiel unterbunden und abgetragen. Rechtes Ovarium normal.

Am 27. Mai 1886 Patientin entlassen. Nach circa 1 Jahr stellt sie sich wieder mit einem kindskopfgrossen beweglichen Tumor.

Später exitus in einem Spitale. Die pathol. anatom. Untersuchung ergab carcinoma ovariorum.

Ungefähr das gleiche Resultat hat Leopold*) mit seinen Ovariotomien: von 20 starben 4 Patienten im Anschluss an die Operation, 3 sind erst weniger als 1 Jahr beobachtet, 9 erkrankten innerhalb eines Monats

*) Deutsche med. Wochenschrift. Berlin und Leipzig 1887.

an Recidiven und nur 4 sind als geheilt zu betrachten. Man sieht, glänzende Resultate hat die Ovariotomie noch nicht aufzuweisen. Namentlich die häufigen Adhæsionen erschweren die Operation ungemein, da es oft fast unmöglich ist, dieselben zu lösen.

Da in vielen unserer Fälle der Tumor durch cystische Antheile vergrössert und kaum aus der Bauchwunde zu wälzen war, wurden dieselben zuerst punktirt. Zwar bemerkt Leopold*), man solle wenn nur immer möglich den Ovarialtumor in toto, also ohne Punktion aus dem Abdomen herauswälzen, weil dann die Bauchhöhle frei von jedem Cysteninhalt bleibe und die Toilette der Bauchhöhle sehr einfach werde. Dem gegenüber können wir anführen, dass es bei dem morschen Gewebe, das die Cysten bildet, ungemein schwer, ja unmöglich ist, dieselben ohne Punktion herauszubefördern, da sie fast stets einreissen. — Die Ligatur und Abtragung des Stieles hat gewöhnlich keine Schwierigkeit, da er meist dünn und platt ist. In einigen Fällen hatten wir aber einen ausserordentlich kurzen Stiel, der zum Theil schon der krebsigen Infiltration verdächtig war.

Dass die Resultate der Ovariotomie keine ermuthigenden sind, daran ist meist das Operiren bei zu fortgeschrittenen Fällen schuld. Die Kranken sind gewöhnlich dann zu marantisch, um eine solche Operation auszuhalten. Schröder**) sagt darüber: „Sind die Knoten im Douglas' Raum zu fühlen, oder geht die infiltrirte Basis des Tumors in das Beckenbindegewebe hinein, so beschleunigt man durch die Operation nur das unaus-

*) Gynækologisches Archiv 1882.
**) Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1884.

bleibliche Ende.“ Leopold räth, schon die kleinen Eierstockgeschwülste, sobald sie stetig zunehmen, namentlich wenn sie doppelseitig sind, zu entfernen; dann werde der Erfolg der Ovariotomie immer glänzender sich gestalten. Es sind die diagnostischen Merkmale immer mehr zu vervollständigen, um so früh wie möglich die Malignität des Tumors zu erkennen und eine Frühoperation möglich zu machen.

In zweifelhaften Fällen wird hie und da Probe-Laparotomie gemacht, um sich über die Möglichkeit einer Radicaloperation zu orientiren. Unter unsern Fällen haben wir 3 solche zu verzeichnen, die aber alle ungünstig endeten; der eine 24 Stunden p. o., der zweite 2 Tage p. o., der dritte 14 Tage p. o. Todesursache war in einem Falle Embolie art. pulm., beim 2. und 3. Erschöpfung und Nachblutung. Wir bringen die 3 Fälle hier in kurzem Auszuge:

XX. Fall:

D., Sophie, 53 Jahre, Hausfrau. Eintritt 27. Juni 1882. Unterleib namentlich auf der linken Seite stark aufgetrieben, daneben kindskopfgrosser Tumor, der aus dem kleinen Becken heraussteigt. Scharf abgrenzbar, Oberfläche platt. Durch Punktion gelbe Flüssigkeit aus dem Abdomen entleert.

Am 10. Juli 1882 Probelaparatomie. Bei Eröffnung der Bauchhöhle viel Ascites entleert; Uterus ist von einem Fibroid durchsetzt. Der eigentliche Tumor zeigt längliche Gestalt und cystisches Anfühlen; beim Hinauszerren aus der Bauchwunde brach die Wand; es kamen fetzige Carcinommassen zum Vorschein; deshalb Operation sistirt. Bauchhöhle gereinigt und geschlossen. Patientin schwach, Unterleib aufgetrieben.

Am 11. Juli 1882 Exitus an Erschöpfung und Nachblutung.

XXI. Fall:

B., 54 Jahre, Rentière.

Menopause im Alter von 44 Jahren. Im Jahr 1880 spürt

Patientin Schmerzen im Abdomen, dasselbe auf der rechten Seite aufgetrieben. Sehmerzen in Beinen und Kreuz. Tumor wuchs langsam zu seiner jetzigen Grösse. Eintritt 20. April 1881.

Länglicher Tumor in der rechten Abdominalhälfte liegend; in der linken eine Reihe von festen unregelmässigen Knoten. Tumor rundlich, glatt, fluctuirend.

Probelaparotomie am 25. April 1881. Nach dem Bauchschnitt kommt man auf einen cystösen Tumor; die Cyste wird entleert. Die festen Massen sind carcinomatöser Natur; von der Entfernung abstrahirt. Bauch wurde geschlossen. Patientin schwach, Temperatur subnormal. Am 27. April 1881 Exitus.

XXII. Fall:

S., Katharina, 38 Jahre, Hausfrau.

Seit Anfang Mai 1883 bemerkt Patientin eine mit Mattigkeit verbundene Auftreibung des Abdomens mit Schmerzen in der Nabelgegend. Harndrang. Eintritt 12. Mai 1883.

Unterleib gleichmässig stark ausgedehnt, in den untern Partien unbestimmte Resistenz. Viel Ascites. Punktion. Der kindskopfgrosse Tumor unbeweglich, hart, mit der hintern Beckenwand verwachsen.

Probelaparatomie am 14. Juli 1883.

Nach Incision des peritoneum ergoss sich eine Menge ascitischer Flüssigkeit. Im kleinen Becken grössere und kleinere Excrescenzen, links und rechts dünnwandige fluctuirende Cysten, die unbeweglich dem Beckenboden aufsitzen. Peritoneum uneben, verdickt. Diagnose auf Carcinom der Ovarien gestellt; Operation unterbrochen und Bauchwunde geschlossen. Mikroscopische Untersuchung der Excrescenzen ergab Zylinderzellencarcinoma.

Am 5. August 1883 Patientin entlassen, 14 Tage nachher zu Hause gestorben.

Diese ungünstigen Ausgänge hat auch Leopold zu verzeichnen: unter 6 Probelaparatomien starben 5 Patientinnen kurze Zeit nach der Operation an schneller Entkräftung, nur 1 soll sich noch wohl befinden. Die unvollendete Operation hat also einen schlechten Erfolg und ist womöglich zu vermeiden.

Will man bei hochgradigem Ascites die Beschwerden mildern, so ist eine Punktion ganz am Platze. Auch bei 6 unserer Fälle wurde sie vorgenommen, namentlich zur Zeit, als die Ovariotomien noch keine so grosse Verbreitung hatten. In 2 Fällen wurden sie zu diagnostischen Zwecken vorgenommen und ergab flüssiges Blut.

Mit der Punktion sind wir auf dem Gebiete der symptomatischen Behandlung angelangt. Ist eine Operation absolut unmöglich, so ist der Organismus durch kräftige Diät möglichst lange widerstandsfähig zu erhalten und die grossen Schmerzen und Schlaflosigkeit durch Narkotika in üblicher Weise zu bekämpfen. Dies ist das Letzte, was gegen das schreckliche Leiden zu thun übrig bleibt.

* * *

Zum Schlusse möge es mir gestattet sein, Herrn Professor Dr. P. Müller für die Ueberlassung des reichen Materials und die freundliche Anleitung zur Bearbeitung meines Themas den verbindlichsten Dank auszusprechen.